

ческой помощи способствуют совершенствование хирургического мастерства (ежегодно проходят специализацию и усовершенствование около 100 врачей хирургического профиля), проводятся зональные и республиканские научно-практические конференции, семинары), оснащение стационаров новейшим оборудованием, развитие анестезиолого-реанимационной службы.

Отмечая определенные положительные тенденции в становлении хирургической службы, нельзя не указать, что за последнее время хирургическая помощь не полностью удовлетворяет растущие потребности населения. Встречаются жалобы на врачей хирургического профиля, допустивших нарушения принципов деонтологии, проявивших в отношении больных грубость, чванство, невнимание, порой граничащее с халатностью.

Хирургические стационары и кабинеты поликлиник недостаточно обеспечены качественной медицинской техникой. В ряде лечебных учреждений отсутствуют эндоскопы с волокнистой оптикой, лапароскопы, аппараты ультразвукового исследования, травматологические столы, сухожаровые шкафы, бактерицидные лампы, качественный шовный материал и т. п.

Хирургические отделения РКБ являются центрами специализированной помощи и одновременно базой для подготовки врачей и среднего медперсонала. Однако еще не удалось добиться использования РКБ как стационара для наиболее сложных и тяжелых больных. Нередко врачи ЦРБ направляют больных, которые могут пройти лечение на месте. Еще более остро этот вопрос стоит относительно амбулаторно-консультативной поликлиники РКБ, которая ни в коей мере не должна подменять поликлиники ЦРБ.

К сожалению, в республике отсутствуют специализированные ортопедические, детские онкологические отделения, отделение костной онкологии. До настоящего времени в гг. Набережные Челны, Нижнекамске, Альметьевске, Бугульме не организованы онкологические диспансеры. В большинстве ЦРБ нет детских хирургов.

Важнейшей задачей следует считать постоянное обучение врачей хирургического профиля, врачей скорой медицинской помощи, фельдшеров. Необходимо повысить качество амбулаторно-поликлинической помощи, создать диагностические центры, оснастить поликлиники диагностической аппаратурой, добиваться снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности, преемственности в работе между стационарами и станциями скорой медицинской помощи. Одним из критерии качества хирургической помощи является отсутствие жалоб и претензий к медицинским работникам со стороны больных и их родственников.

Перестройка в хирургии — это прежде всего изменение мышления и подходов к своей деятельности со стороны каждого врача, повышение ответственности за качество лечебно-диагностического процесса. Перед хирургами республики поставлены конкретные задачи по улучшению качества плановой и экстренной хирургической помощи населению, развитию специализированных видов помощи. Дальнейшее совершенствование хирургической службы возможно лишь при условии объединения усилий организаторов здравоохранения, руководителей хирургических служб и ученых на базе полного использования имеющихся резервов.

М. Ю. Розенгартен,
Л. Д. Семенова (Казань)

ПРАКТИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.13/.16 + 616.839—053.71—037

ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ ДЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

М. Ф. Исмагилов

Кафедра невропатологии, нейрохирургии и медицинской генетики
(зав.—доктор мед. наук М. Ф. Исмагилов) Казанского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Нарушение функции вегетативной нервной системы — распространенное и чрезвычайно разнообразное по клинике явление. Большинство таких нарушений обозначено понятием «вегетативная дисфункция», или «вегетососудистая дистония», которая не имеет нозологической самостоятельности

[5]. Этот универсальный синдром сдвигов гомеостаза часто проявляется в критические периоды онтогенеза и служит сигналом неполного благополучия. Одним из таких периодов является пубертатный возраст — время интенсивного роста и морфофункциональной перестройки организма [2,

7, 10]. Функциональные нарушения вегетативной регуляции пубертатного периода могут быть начальной, обратимой стадией заболеваний различных органов и систем, возникших в раннем детстве [3, 9]. Если их не устранить на ранних этапах онтогенеза, они могут вызывать нейродистрофические процессы в органах, способствуя развитию симпатикозависимых (гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, мигрень) и вагоависимых (холецистит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, гипотоническая болезнь) психосоматических заболеваний взрослых [4, 5].

Исходя из медико-социальной значимости вегетативных нарушений детского и подросткового возраста и необходимости борьбы с ними на ранних этапах, наряду с изучением их клиники, этиологии и патогенеза особое внимание следует уделять разработке путей их ранней диагностики и профилактики. Речь идет о диагностике вегетативных нарушений на доклиническом этапе, то есть тогда, когда еще нет клинических признаков, но есть большой риск их возникновения. Прогнозирование возможного развития заболевания позволяет искать у детей и подростков вероятные истоки вегетативных нарушений и включать их в группу риска, а также предсказывать особенности течения уже имеющегося процесса. Ис-

Таблица 1

Распределение факторов риска развития вегетативной дисфункции по диагностическому коэффициенту (ДК) и информативности признаков (I_{xi})

Факторы риска	Признаки (xi) градации	ДК	I_{xi}	Ранговый номер (Ri)					
Пол	женский мужской	+3,0 -3,0	0,83 0,83	8—9					
Место жительства	город село	+1,0 -2,0	0,15 0,15	26—28					
Коренной горожанин	нет да	-1,0 +2,0	0,09 0,09	30					
Группа крови системы АВО	O (I) A (II) B (III) AB (IV)	-2,0 +3,0 -0,5 -3,5	0,43 0,43	14					
Тип конституции	астенический нормостенический гиперстенический	+0,5 -1,0 +2,0	0,16 0,16	25					
Тип личности	инвертированный экстравертированный	+2,0 -2,0	0,52 0,20	13 22—24					
Повышенная стигматизация	нет есть	-0,5 +2,0	0,20 0,20	22—24					
Физическое развитие индивида	гармоничное дисгармоничное	-1,0 +1,0	0,12 0,12	29					
					Отягощенная психосоматическими заболеваниями наследственность				
					нет есть	-3,0 +5,0	1,50	6	
					Переносимость жары, духоты	хорошая плохая	-6,0 +6,0	3,60	1
					Переносимость езды в транспорте, качелей	хорошая плохая	-3,0 +4,0	1,26	7
					Гестозы беременности	нет есть	-3,0 +3,0	0,83	8—9
					Психические травмы во время беременности	нет есть	-1,5 +2,0	0,36	16
					Инфекционные заболевания в периоде беременности	нет есть	-1,0 +4,0	0,41	15
					Сосудистые дистонии во время беременности	нет есть	-0,5 +3,0	0,22	21
					Предшествовавшие беременности гинекологические заболевания, аборты	нет есть	-4,0 +1,5	0,66	11
					Резус-конфликт	нет есть	-1,0 +3,0	0,20	22—24
					Гипоксия плода	нет есть	-0,5 +3,0	0,20	22—24
					Травматические роды	нет есть	-0,5 +5,0	0,15	26—28
					Беременность и первые роды после 30 лет	нет есть	-0,5 +2,0	0,07	31
					Злоупотребление алкоголем родителями	нет есть	-2,0 +1,5	0,34	17
					Неблагоустроенный быт семьи	нет есть	-0,5 +4,0	0,24	20
					Неблагополучная семья	нет есть	-0,5 +3,0	0,15	26—28
					Инфекционный индекс у ребенка	низкий высокий	-3,5 +1,5	0,53	12
					Перенесенные органические заболевания головного мозга	нет есть	-0,5 +6,0	0,32	18—19
					Аллергические реакции у ребенка	нет есть	-1,0 +4,0	0,32	18—19
					Хронические заболевания ЛОР-органов у ребенка	нет есть	-2,0 +4,0	0,79	10
					Микроочаговая неврологическая симптоматика	нет есть	-4,0 +7,0	3,12	3
					Расширение III желудочка по данным ЭхоЭГ	нет есть	-4,0 +7,0	2,64	4
					Признаки внутричерепной гипертензии на краиниограмме	нет есть	-3,0 +7,0	2,15	5
					Дисфункция срединных структур по данным ЭЭГ	нет есть	-5,0 +9,0	3,22	2

ходя из прогноза, педиатр и врач подросткового кабинета смогут начать профилактику заболевания, не дожидаясь появления его клинических признаков. На клиническом же этапе развития разнообразных вегетососудистых синдромов речь пойдет уже о прогнозировании их течения и возможного перехода в психосоматические заболевания взрослых.

Сравнительное изучение более 150 разнообразных наследственно-конституциональных и внешних факторов, а также результатов клинико-неврологического исследования школьников от 8 до 18 лет с отсутствием (у 604 чел.) и наличием (у 506) клинических проявлений вегетативной дисрегуляции позволило выделить 31 признак, достоверно ($P < 0,001$) коррелирующий с синдромами вегетативной дисфункции. Информационную ценность факторов риска определяли по формуле Кульбака в модификации Генкина—Гублера [6]. Данные кодирования и результаты последовательного статистического анализа факторов риска развития вегетативной дисфункции представлены в табл. 1.

Из табл. 1 видно, что из 31 фактора наиболее прогностически значимыми являются следующие: 1) плохая переносимость духоты и ары; 2) дисфункция срединных структур мозга по данным ЭЭГ-исследований; 3) наличие признаков органической неполноценности мозга; 4) гидроцефалия III желудочка мозга по данным ультразвукового исследования головы; 5) рентгенологические признаки интракраниальной гипертензии; 6) отягощенная психосоматическими заболеваниями наследственность; 7) плохая переносимость езды в транспорте, качелей; 8) принадлежность к женскому полу; 9) наличие гестозов во время беременности матери; 10) хронические очаги инфекций в ЛОР-органах ребенка; 11) гинекологические заболевания и abortiones, предшествовавшие беременности матери.

Проведенный статистический анализ показал, что развитие вегетативных нарушений у детей и подростков происходит в тесном взаимодействии наследственно-конституциональных и средовых факторов как пре- и перинатального, так и постнатального периодов онтогенеза.

Данные об информационной ценности факторов риска для развития вегетативных нарушений пубертатного периода использованы нами для построения прогностической таблицы.

Прогностические пороги для факторов риска могут быть установлены с той или иной степенью вероятности, исходя из приведенных нами в табл. 2 их значений при различных уровнях ошибок α и β . Например, пороговые значения факторов риска для классов А (лица с вегетативной дис-

функцией) и В (здоровые лица) соответствовали «+20» и «-13» при значениях ошибок первого рода α , равных 0,05 (5%), и второго рода β , равных 0,01 (1%).

Таблица 2

Пороговые значения факторов риска для классов А и В при различных уровнях ошибок α и β

β	α			
	0,001	0,01	0,02	0,05
0,01	+20; -30	+20; -20	+20; -17	+20; -13
0,02	+17; -30	+17; -20	+17; -17	+17; -13
0,03	+15; -30	+15; -20	+15; -17	+15; -13
0,04	+14; -30	+14; -20	+14; -17	+14; -13
0,05	+13; -30	+13; -20	+13; -17	+13; -13
0,1	+10; -19	+10; -19	+10; -16	+10; -12

При выборе прогностического порога факторов риска следует учитывать следующее обстоятельство: ошибка первого рода α означает возможность отнесения лиц с наличием неблагоприятных факторов к группе, которая не нуждается в диспансерном наблюдении. Такая вероятность увеличивается с ростом значения α . Совершенно противоположную возможность предполагает ошибка второго рода β . С возрастанием значения ошибки β повышается вероятность гипердиагностики вегетативной дисфункции. В связи с этим при установлении пороговых значений для прогнозирования вегетативных нарушений у детей мы рекомендуем, исходя из собственного опыта, значения ошибок α и β брать не более 0,05 (5%), которым соответствуют суммы диагностических коэффициентов, равные «+13» для класса А (лица с вегетативной дисфункцией) и «-13» для класса В (здоровые лица).

Относительно лица, «набравшего» при проведении профилактического обследования пороговое значение суммы диагностического коэффициента «+13» и более, делается заключение: вероятность заболевания у него очень высокая или он уже болен и нуждается в диспансерном (I группа) наблюдении с проведением лечебно-оздоровительных мероприятий по борьбе с вегетативными расстройствами [1, 5].

В группе лиц с суммарным диагностическим коэффициентом менее «+13» риск развития вегетативной дисфункции остается также относительно высоким. Мы рекомендуем выделять среди них детей с повышенным риском развития заболевания, вероятность которого варьирует у них от 76 (сумма $\Delta K = +5$) до 94% (сумма $\Delta K = +12$). В этом диспансерном (II группа) контингенте детей следует проводить профилактические мероприятия по предотвращению возникновения разнообразных синдромов вегетативной дисфункции [5]. Суммарный диагностический коэффициент «+4» и менее показывает, что вероятность заболе-

вания вегетативной дисфункцией очень низка. Такие лица должны быть отнесены к III группе, которая не нуждается в диспансерном наблюдении.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют не только о необходимости борьбы с вегетативными нарушениями, распространенными среди детей и подростков, но и о возможности ее ведения конкретными профилактическими методами, доступными для работников практического здравоохранения в условиях диспансеризации населения нашей страны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аляветдинов Р. И., Исмагилов М. Ф. // Казанский мед. ж.—1987.—№ 1.—С. 49—53.
2. Бадалян Л. О. // Невропатол. и психиатр.—1982.—№ 10.—С. 1460—1464.
3. Белоконь Н. А. // Неврологические карди-ты у детей.—М., Медицина, 1984.

УДК 616.8—085.814.1—036.8:362.174

ПЕРСПЕКТИВЫ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Г. А. Иваничев

Кафедра рефлексотерапии (зав.—докт. мед. наук Г. А. Иваничев)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Как известно, существующие системы диспансеризации неврологических больных имеют ряд недостатков. Основные из них — трудоемкость и громоздкость как диагностических, включая проведение профилактического осмотра, так и лечебных мероприятий. Разделение больных в рекомендованные официальными инструкциями группы наблюдения позволило сделать значительный упор на профилактическое лечение больных с серьезными органическими поражениями мозга, однако это лишь частично решило проблему. Большая часть осмотренных лиц, условно отнесеных к группам риска и практически здоровых, надолго выпадает из поля зрения врача-невропатолога по причине его загруженности как в поликлинике, так и в стационаре.

Можно было бы указать и на другие причины, организационно-административные и чисто клинические, в результате которых цель, прогрессивная в своей сути, остается недостижимой. Понимание причин неудач в таком сложном деле является лишь предпосылкой поиска новых путей, предостережением от повторных ошибок, но не вооружает невропатолога реальным инструментом диспансеризации.

Какие же методические приемы и организационные мероприятия должны быть положены в основу решения этих задач?

Сложившаяся практика диспансеризации,

4. Белоконь Н. А. и др. // Педиатрия.—1986.—№ 1.—С. 37—41.
5. Вейн А. М., Соловьев А. Д., Колосова О. А. // Вегето-сосудистая дистония.—М., Медицина, 1981.
6. Гублер Е. В., Генкин А. А. // Применение непараметрических критериев статистики в медицинских исследованиях.—М., Медицина, 1978.
7. Колесов Д. В., Чемоданов В. И., Сельверова Н. Б. // Половое развитие мальчиков.—М., Педагогика, 1985.
8. Тополянский В. Д., Струковская М. В. // Психо-соматические расстройства.—М., Медицина, 1986.
9. Фолькнер Ф. // Предупреждение в детском возрасте состояний, приводящих к заболеваниям взрослых.—Женева, Медицина (ВОЗ), 1982.

10. Хрипкова А. Г., Фарбер Д. А. // Невропатол. и психиатр.—1982.—№ 10.—С. 1453—1460.

Поступила 07.04.88.

опыт проведения массовых профилактических осмотров и соблюдение этапности медицинского обслуживания требуют, во-первых, высокой интенсивности (пропускной способности) медицинского обследования. Понятно, что традиционный клинический осмотр не разрешит данную проблему. Искусственное сокращение времени исследования, разумеется, несколько увеличит число осмотренных, но будет сопровождаться схематизацией и значительной долей ошибочных заключений.

Второе требование — точность заключения. Классический неврологический осмотр в полной мере способствует указанному условию, но только в рамках обычного амбулаторного приема. При массовых осмотрах, как уже было упомянуто, соблюдение выдвинутого принципа становится практически невыполнимым.

Многосистемность, интегральность исследования в качестве третьего требования предполагает объединение обнаруженных патологических признаков на организменном уровне. К сожалению, невропатолог (да и не только он) обыкновенно пренебрегает данным принципом, следя расхожему сложившемуся стереотипу «дробления» болезни по специальности — «не мой больной».

И, наконец, четвертое правило заключается в необходимости немедленной коррекции негрубых, чисто функциональных из-